

# ЛИЧНОЕ ЗАВЕРЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ И БЕЗОПАСНОСТИ

## (Для освобожденных от регистрации присматривающих)

**ИНСТРУКЦИИ:** Как освобожденный от регистрации присматривающий за детьми, кто работает в семье, которая получает помощь для оплаты присмотра за ребенком (детьми), Вы обязаны заполнить эту анкету. После заполнения этой анкеты верните ее как можно скорей в окружной департамент социального обеспечения, программу альтернативных платежей или другое агентство, оплачивающее услуги. Присматривающие, которые являются тетей, дядей, бабушкой, дедушкой, прабабушкой, прадедушкой, двоюродной бабушкой или двоюродным дедушкой обязаны заполнить декларацию освобождения (CCP 1).

<b>ДЛЯ РАБОТНИКОВ ОКРУГА</b>	
CASE NAME _____	
CLIENT CASE NUMBER _____	
WORKER NAME _____	
WORKER NUMBER _____	

### **ЧАСТЬ А: ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ:**

1. Имя присматривающего \_\_\_\_\_ Дата рождения присматривающего \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Индекс \_\_\_\_\_

Телефон(    ) \_\_\_\_\_

Штат Калифорния требует от присматривающих доказательства, что их возраст 18 лет или старше. Копия водительского удостоверения или другого доказательства возраста должна быть приложена.

2. УКАЖИТЕ ИМЯ И АДРЕС СЕМЬИ, НА КОТОРУЮ ВЫ РАБОТАЕТЕ.

Имя родителя/опекуна \_\_\_\_\_ Телефон (    ) \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Индекс \_\_\_\_\_

3. ЗА РЕБЕНКОМ БУДУТ ПРИСМАТРИВАТЬ (ОТМЕТЬТЕ ОДНО):  В доме ребенка  В доме присматривающего

### **ЧАСТЬ В: ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ ЛИЧНОГО ЗАВЕРЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ И БЕЗОПАСНОСТИ:**

Дом, в котором присматривают за детьми, должен быть безопасным и здоровым местом для детей. Основные стандарты безопасности и здоровья перечислены ниже. Постоянное требование к родителям и присматривающим следить, чтобы эти стандарты соблюдались.

Родители и присматривающий должны поставить свои инициалы слева от каждого утверждения для подтверждения, что дом, где присматривают за ребенком, отвечает основным требованиям безопасности и здоровья.

Инициалы      Инициалы  
родителя      присматривающего

1. \_\_\_\_\_ Дом, в котором присматривают за детьми, должен иметь работающие детекторы дыма и огнетушители, которые соответствуют стандартам, установленным начальником пожарной охраны штата.
2. \_\_\_\_\_ Присматривающий за детьми должен воздерживаться от телесных наказаний.
3. \_\_\_\_\_ Присматривающий за детьми должен предоставить родителям неограниченный доступ к детям во время присмотра.
4. \_\_\_\_\_ Присматривающий за детьми не должен иметь инфекционных заболеваний; физически и морально быть в состоянии присматривать за детьми; иметь для родителей доказательство, что он(а) был(а) проверен(а) в течение последних 12 месяцев и что у него (нее) нет активного туберкулеза.
5. \_\_\_\_\_ В доме, где присматривают за детьми, есть двор и место для игр, которые проверены и безопасны для детей. Дети защищены от таких опасностей, как бассейн, ванны, электрические розетки, лестницы, ядовитые материалы, лекарства, оружие или боеприпасы и т.д.

Информация насчет здоровья и безопасности, а так же основы воспитания детей доступны в местной программе присмотра и направлений по присмотру за детьми и других общественных агентствах, как Красный Крест Америки, общественные колледжи, пожарные станции и т.д.

Родителям и присматривающим желательно пользоваться контрольным списком Информационного Отдела Здоровья и безопасности, чтобы удостовериться, что дом, в котором присматривают за детьми, безопасен для детей.

## **ЧАСТЬ С: ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

- 1. ПРЕДОСТАВЬТЕ АДРЕСА И НОМЕРА ТЕЛЕФОНОВ ДВУХ МЕСТНЫХ ЖИТЕЛЕЙ, КОТОРЫЕ МОГУТ ПРЕДОСТАВИТЬ ХАРАКТЕРИСТИКУ НА ВАС И КОТОРЫЕ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ ВАШИМИ РОДСТВЕННИКАМИ.** Родители детей должны связаться с этими лицами, чтобы удостовериться в хорошем характере и в возможности обеспечить присмотр за детьми.

Имя \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Город/Штат \_\_\_\_\_

Город/Штат \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

- 2. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ВСЕХ ОСТАЛЬНЫХ ВЗРОСЛЫХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ДОМЕ, ГДЕ ПРИСМАТРИВАЮТ ЗА ДЕТЬМИ И ИХ РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ К ПРИСМАТРИВАЮЩЕМУ.**

Имя \_\_\_\_\_ Родственник  ребенка  присматривающего Отношение \_\_\_\_\_

- 3. В МЕСТЕ, ОТВЕДЕННОМ НИЖЕ, ПРИСМАТРИВАЮЩИЙ ДОЛЖЕН ОПИСАТЬ ЕГО/ЕЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИСМАТРИВАТЬ ЗА ДЕТЬМИ, УКАЗАВ ОПЫТ РАБОТЫ И ДРУГИЕ КАЧЕСТВА:**
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### **ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:**

- Если Вы, РОДИТЕЛЬ/ОПЕКУН, выбрали уход за ребенком в Вашем доме, (уход на дому), Вы являетесь работодателем, и ответственны за налог социального страхования и страховки по нетрудоспособности штата. Также, Вы можете быть ответственны за налоги по безработице.
- РОДИТЕЛЬ/ОПЕКУН не обязан удерживать налоги по доходу штата или федерации с дохода присматривающего за детьми. ПРИСМАТРИВАЮЩИЙ ОТВЕЧАЕТ ЗА ОТЧЕТ ПО ДОХОДУ И ПЛАТЕЖИ ЛЮБЫХ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ИЛИ ШТАТНЫХ НАЛОГОВ С ДОХОДА.
- ДЛЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ О ВАШИХ ОБЯЗАННОСТЯХ КАК РАБОТОДАТЕЛЬ, ОБРАТИТЕСЬ В ВАШ МЕСТНЫЙ ОТДЕЛ ДЕПАРТАМЕНТА ТРУДОУСТРОЙСТВА ИЛИ МЕСТНУЮ ПРОГРАММУ РЕСУРСОВ И НАПРАВЛЕНИЙ. Для общей информации насчет присмотра за детьми Вы можете позвонить по бесплатному номеру (800-KIDS R WE) (543-7793).

## **ЧАСТЬ Д ЗАЯВЛЕНИЯ ПРИСМАТРИВАЮЩЕГО/РОДИТЕЛЯ**

- 1. ЗАЯВЛЕНИЕ ПРИСМАТРИВАЮЩЕГО:** Вся информация представлена и находящаяся здесь, истинна и достоверна, насколько мне известно. Если за детьми присматривают в моем доме, я подтверждаю, что мой дом соответствует требованиям здоровья и безопасности указанным в части В. Я понимаю, что информация по обучению безопасности и здоровью доступна в местном отделе программы ресурсов и направлений и других общественных организациях.

Я понимаю, что я не являюсь работником окружного департамента социального обеспечения, программы альтернативных оплат или другого агентства оплачивающего услуги.

Подпись присматривающего

Дата

- 2. ЗАЯВЛЕНИЕ РОДИТЕЛЯ:** Я провел собеседование и одобрил этого присматривающего за детьми. Я понял заявления представленные в этой анкете. Я понимаю, что проверка безопасности места и качества присмотра за моими детьми - это моя ответственность. Также, я понимаю, что окружной департамент социального обеспечения, программа альтернативных платежей или другое агентство оплачивающее услуги не проверяло и не будет проверять безопасность присмотра за детьми этим присматривающим и они не проверяли и не будут проверять, чтобы убедиться, что информация на этой форме правдива. Я беру на себя полную ответственность за присмотр за детьми этим присматривающим.

Подпись родителя/опекуна

Дата

## **COUNTY OR APP USE ONLY (для служебного пользования)**

Return this form by: \_\_\_\_\_ to: